Über einen Fall von Hirnlues mit initialem Dämmerzustand

Von der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br. zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde genehmigte

Dissertation

von

Marianne Zimmerle, approb. Aerztin

1934

Gatzer & Hahn, Graphische Werkstätten, Schramberg (Württ.)

Referent: Professor Dr. Küppers.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Im folgenden soll ein Fall von Dämmerzustand bei Lues cerebri mitgeteilt werden, der durch das Fehlen jeder Prodromalerscheinungen ausgezeichnet ist und dadurch, daß die Rekonstruktion der komplizierten, im Dämmerzustand begangenen Handlungen verhältnismäßig genau möglich war.

L., Eugen, 30 J., verh. Bergmann, geb. 9. XI. 01 in Z., Wohnort H.

Aufgenommen am 7. I. 31 in die Psych. Klinik Freiburg, entlassen am 10. III. 31.

Anamnese.

Keine Nervenkrankheiten in der Familie.

Als Kind normale Entwicklung, keine Krämpfe, kein Bettnässen, nie ernstlich krank; guter Schüler, Erlernung des Bäckerhandwerks, dann Arbeiter in Gaswerk, Bergmann in Luxemburg, jetzt in B.

1919 Lues, 3 Salvarsankuren. Später nie mehr Behandlung. Blut bei wiederholter Untersuchung negativ, zuletzt 1927.

1922 Lungenentzündung, sonst stets gesund.

November 1929 Heirat. 1 Kind rechtzeitig geboren, keine Aborte der Frau. 10—20 Zigaretten, auch Pfeife, $1\frac{1}{2}$ l Haustrunk täglich.

Am Mittwoch, 26. XI. 30 Dämmerzustand aus vollem Wohlbefinden. L. kam nach 6stündiger, nächtlicher Arbeit im Bergwerk morgens gegen $2\frac{1}{2}$ Uhr nach Hause, schlief gut und war dann am nächsten Vormittag in seinem Geschäft tätig. Im Verlauf des Morgens entdeckte er, daß sein Motorrad, das ihn um 6 Uhr abends wieder ins Bergwerk bringen sollte, defekt war. Darüber regte er sich — nach seinen eigenen Angaben — ungewöhnlich stark auf. Noch vor Mittag schob er das Rad zur Reparatur nach dem etwa $\frac{3}{4}$ Wegstunden entfernten Orte M., trank dort im „Kreuz“ 2 Glas Bier und saß nachher fast 3 Stunden in der Werkstatt, um der Reparatur zuzusehen.

L. weiß noch, daß er gegen 5 Uhr erregt wurde, er könne zu spät zur Arbeit kommen, kann sich aber nicht erinnern, daß er von der Werkstatt wegging.

Erst am Freitag, den 28. XI., ca. morgens 2 Uhr, also nach über 30 Stunden, setzt die Erinnerung wieder ein.

L. kam zu sich, durch einen heranfahrenden Schnellzug aufgeweckt, fand sich an einem Eisenbahndamm, richtete sich verwundert auf, dachte, er sei wohl verunglückt und schlief dann gleich wieder ein.

Morgens durch einen Arbeiterzug wieder geweckt, spürte er Kopf- und Wadenschmerzen, fror trotz heißem Kopf, sah sich in seinem Arbeitsanzug mit staubigen Schuhen, ohne Kragen und Mütze, konnte dafür keine Erklärung finden.

Bei einem Bahnwärter in der Nähe erkundigte er sich nach dem Weg zum Bahnhof, erkannte dort, daß er in Karlsruhe, etwa 150 km von seinem Wohnort entfernt, an einer gekauften Zeitung, daß es Freitag war.

Nun war ihm klar, daß ihm jede Erinnerung seit der Motorradreparatur am Mittwoch Nachmittag in M. fehlte; nebenbei fiel ihm auf, daß er frisch rasiert war, während er doch in M., wie er sich mit Sicherheit erinnern konnte, unrasiert gewesen war.

Er begab sich auf den Weg zu Karlsruher Verwandten seiner Frau, den ihm zwei Arbeiter zeigten. Unterwegs mußte er plötzlich zurückbleiben, weil ihm schwarz vor den Augen wurde; er fiel ohnmächtig hin. Ein Passant hob ihn auf und führte ihn zu den Verwandten.

Von diesem Anfall ab war ihm schwindlig, auch fühlte er sich eigentümlich benommen.

Bei den Verwandten wurde L. zu Bett gebracht. Er fiel bald in Schlaf, wachte mittags in Schweiß gebadet auf, klagte über Kopf- und Kreuzschmerzen, über ein dumpfes Gefühl im Kopf und bekam wiederholt „Weinkrämpfe".

L. selbst weiß von seinem Karlsruher Aufenthalt noch anzugeben, daß er, als er sich wusch, ein merkwürdiges Gefühl hatte, als er mit dem Wasser in Berührung kam: Die Kälte fuhr ihm durch den ganzen Körper; er mußte sich halten, zitterte, konnte nicht mehr recht sprechen, während er die Verwandten gut verstehen konnte. Zu Bett gebracht, erwachte er um Mittag mit benommenem Kopf; alle Glieder taten ihm weh.

Nachmittags fühlte er sich besser. Er konnte auch wieder gut reden und trat in Begleitung seiner Schwiegermutter, die auf von

ihm selbst angeordnete telephonische Benachrichtigung von seinem Wohnort H. gekommen war, abends 6 Uhr die Heimreise an. Zum Bahnhof mußte er geführt werden. Auch war er nicht imstande, die Augenlider richtig zu öffnen, ein Zustand, der 3 Tage lang anhielt.

Zuhause konstatierte der von seinen Angehörigen gerufene Arzt einen „Gehirnschlag"; er bestätigte den Angehörigen, was diesen schon aufgefallen war, daß nämlich der Mund schief stand und die Zunge nicht gerade herausgestreckt wurde.

Am nächsten Tag bekam L. zum ersten Mal einen Krampfanfall. Nach Schilderung seiner Frau wurde er im Gehen plötzlich langsamer, blieb stehen, blinzelte, fiel bewußtlos um und bekam Zuckungen am ganzen Körper. Nach 10—20 Minuten kam er wieder zu sich, wußte nichts von der Zwischenzeit.

Derartige Anfälle wiederholten sich später. Einmal fiel er mit dem Kind auf dem Arm zu Boden, einmal gegen die Kommode; nie wurden Zungenbisse oder Einnässen beobachtet.

Nach dem Anfall Kopfschmerzen und kurze Zeit noch krampfhaftes Blinzeln, oft Drehschwindel kurz vor und nach den Anfällen.

Von dem Dämmerzustand im November ab war er sehr aufgeregt. Ende Dezember fühlte er sich meist morgens beim Erwachen unwohl und mißmutig. Er war nachmittags oft sehr niedergeschlagen, bekam unvermittelt „Weinkrämpfe". Dabei zitterte er am ganzen Körper, redete unsinniges Zeug, fragte auch etwa, ob man bald zuhause sei, war also verwirrt.

Am 7. I. 31, also 6 Wochen nach dem Dämmerzustand, wurde er in die psychiatrische Klinik aufgenommen.

Der Befund war folgender:

Kleiner, kräftig gebauter Mann in gutem Allgemeinzustand.

Intern o. B. (Medizinische Klinik).

Neurologisch: Pupillen: links eine Spur, rechts etwas deutlicher entrundet. Reaktion auf Lichteinfall rechts prompt und genügend ausgiebig, links noch ausgiebiger. Reaktion auf Convergenz ungestört.

Augenklinik: Geringer Astigmatismus hyperopicus. Fundus: Gesamtes Feld o. B.

Ohrenklinik: VIII o. B.

Sprache o. B.

Sonstige Hirnnerven o. B.

Reflexe beiderseits gleich, lebhaft, nicht gesteigert.

Keine Pyramidensymptome, keine Spasmen.

Motilität o. B. Taxis, Sensibilität o. B. Romberg negativ.

Psychisch: Ganz unauffällig, nichts Organisches. Rasche Auffassung, gute Intelligenz. Gutes Rechnen, gute Merkfähigkeit. Keine Stimmungsverschiebung, keine Labilität. Keine Wahnideen und Sinnestäuschungen.

Serologisch: Blut: Wassermannsche Reaktion —. Sachs-Georgi — +. Dold —.

Liquor: Wassermannsche Reaktion 0,5 / 0,25 / 0,125 } —. Gesamturteil: —.

Schellack +. Pandy +. Nonne (+). Zellen 3/3.
Druck: 140 mm.
Lueszacke in den Colloidkurven.

Die Diagnose wurde vorläufig auf progressive Paralyse gestellt, erfuhr im weiteren Verlauf der Krankengeschichte aber eine Aenderung.

Therapie: Ab 8. I. tgl. 2 mal 2 Tabl. Jodkali (ab 21. I. mit Brom).

Am 27. I. Einleitung der Malariakur: Impfung mit 3 ccm Tertianablut.

Typische Fieberanfälle. Heftige Kopfschmerzen vor und starkes Erbrechen beim Fieberanstieg, sonst störungsloser Verlauf.

Am 10. III. wird Pat. bei Wohlbefinden, und ohne Fieber, aber noch arbeitsunfähig entlassen.

Beginn mit der Salvarsankur (welche vom Hausarzt bis 15. IV. weitergeführt wurde).

Während des Aufenthalts in der Klinik wurden keine Anfälle und keine Dämmerzustände beobachtet.

Die vor der Entlassung vorgenommene Intelligenzprüfung ergab eine fast völlige Intaktheit sämtlicher Funktionen, sowohl der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, als auch der Urteils- und Kombinationsfähigkeit.

Nach den im August 1931 von uns in der Wohnung des Patienten erhobenen Angaben war dieser nach der Entlassung aus der Klinik bis Ende Mai, also 2 Monate, vollständig beschwerdefrei.

Dann setzten die Anfälle, allmählich an Häufigkeit zunehmend, wieder ein, eingeleitet durch starke Kopfschmerzen, Schwindel, Klopfen in den Schläfen, Sodbrennen, Aufstoßen und sehr starke Magenschmerzen, die schon am Morgen auftraten und ein untrügliches Zeichen für den herannahenden Anfall waren.

Auch konnte er in der letzten Zeit den Kopf gar nicht mehr frei bewegen, hatte — nach seiner Darstellung — ein steifes Genick, bekam oft plötzlich Zittern oder „Weinkrämpfe", geriet bei kleinsten Anlässen schon in große Aufregung und spürte starke Müdigkeit schon nach geringen Anstrengungen.

Das Auffallendste aber war das Nachlassen des Gedächtnisses. Während er früher bei seinen Einkäufen für den Laden alles im Kopf behielt, mußte er nun alles aufschreiben und schriftlich rechnen. Neben den beschriebenen großen Anfällen bestanden bei L. aber auch kleine, die von seiner Frau, wie folgt, geschildert wurden:

L. hörte auf einmal während der Mahlzeit mit dem Löffel in der Hand auf zu essen, wobei der Kopf etwas nach vorne sank; nach ein paar Sekunden kam er wieder zu sich und aß ruhig weiter.

Mitunter stockte er plötzlich im Erzählen oder Vorlesen, fuhr nach einiger Zeit aber an der gleichen Stelle fort.

Die großen Anfälle wurden seltener, hielten dafür aber länger an, angeblich 1—3 Stunden (?).

Ausgesprochene Krämpfe bestanden nicht, nur geringe Zukkungen an Armen und Beinen, während der Patient in tiefer Bewußtlosigkeit dalag und nachher in einen tiefen Schlaf versank.

Auf dem Feld, beim Dreschen, auf dem Rad, wurde er von Anfällen überrascht.

Er verletzte sich dabei einigemale, näßte in die Kleider. Einmal wurde er nach einem Anfall im Bett sehr unruhig, wollte fort in die Kirschen, er habe es dem Schwiegervater versprochen.

Dabei drängte er mit aller Gewalt aus dem Bett, sodaß ihn seine Frau nur mit größter Mühe zurückhalten konnte.

Ein anderes Mal, als sie ihm nach einem Anfall eine Bromtablette gab, meinte er, sie wolle ihn vergiften.

Wieder ein anderes Mal stand er bei Nacht plötzlich auf und suchte etwas unter dem Bett. Auf ihre Frage, was er denn da mache, erwiderte er, ihm habe geträumt, ein Bildchen, mit dem das Kind gespielt, sei unters Bett gefallen und habe dort Feuer gefangen, nun brenne es unter dem Bett.

L. wurde nach seiner Rückkehr aus der Klinik von seiner seitherigen Arbeitsstelle bei dem Kaliwerk B. entlassen, nachdem sein Hausarzt dort den Vorschlag gemacht hatte, ihm eine leichtere Arbeit zuzuteilen.

Nun betrieb L. sein Kolonialwarengeschäft — neben etwas Landwirtschaft — weiter. Der mit seinem Geschäft verbundene

Handel führte ihn viel in die Umgegend, wo er infolgedessen gut bekannt war. Dieser Umstand ermöglichte ihm auch, nachträglich über die Zeit seines Dämmerzustandes, den er selbst als etwas Rätselhaftes empfand, viele Einzelheiten in Erfahrung zu bringen, die er an uns weitergab und deren Richtigkeit sich durch Erkundigungen bei den Betreffenden bestätigen ließen.

Dabei erweckt natürlich unser besonderes Interesse die Frage, welchen Eindruck L. auf Personen machte, mit denen er während des Dämmerzustandes in Berührung kam.

I. Sch., Inhaber der Autoreparaturwerkstätte in M.: L. saß am 26. XI. 30 nachmittags fast 3 Stunden in der Werkstatt und sah der Reparatur seines Motorrads zu. Dabei redete er wirres Zeug daher und sprach von nichts anderem, als daß er in L. ein Roß kaufen wolle. Ein vernünftiges Gespräch mit ihm war nicht in Gang zu bringen; L. machte einen betrunkenen Eindruck. (Er war auch nebenan im „Kreuz" gewesen, hatte aber dort — wie wir in Erfahrung bringen konnten — nur zwei Glas Bier getrunken). Schließlich ging er gegen 5 Uhr fort, indem er sagte, er wolle jetzt in L. das Pferd kaufen, er käme dann am Abend wieder, um sein Motorrad abzuholen.

Dieses Weggehen fällt schon in die Zeit der späteren Amnesie, wie sich aus den zu Beginn angeführten Angaben des Kranken ergibt.

2. S., Inhaber der Autovermietung in M., teilte uns über das Weitere mit:

Am 26. XI. 30 nachmittags bestellte der Kranke von der Reparaturwerkstätte Sch. aus telephonisch ein Auto, mit dem ihn S. nach N. brachte.

Abends ungefähr um 8 Uhr telephonierte der Kranke vom „Kreuz" in N., wo er zu Abend gegessen und ein Glas Bier getrunken hatte, ein zweites Mal und bat um ein Auto nach L., wohin ihn dann S. ohne Zwischenfall brachte. — Unterwegs erzählte er von seinem Pferdekauf und bemerkte, daß er jetzt das Pferd abholen wolle. (Er hatte kurze Zeit zuvor tatsächlich mit seinem Schwiegervater zusammen in L. ein Pferd angesehen. Der Kauf war aber damals nicht zustandgekommen.)

S. hielt den Kranken für betrunken und lehnte es deshalb ab, mit ihm noch eins zu trinken, als er ihn in die „Krone" einlud. Der Kranke bezahlte 7 M. für die Fahrt, sagte, er gehe jetzt zu den Leuten, bei denen er das Pferd gekauft habe, vielleicht bleibe er auch in der „Krone" übernacht und gehe erst morgens mit dem Pferd nach Hause.

3. Wie uns Frau X. berichtete, die Frau des Gastwirts zur „Krone“ in L., hörte sie gegen Mitternacht desselben Tages, daß sich unten im Fahrradschuppen ein Mann zu schaffen machte, der dann laut rief, ob man in der Wirtschaft telephonieren könne, es sei ein Autounglück passiert. Der Stimme nach vermutete sie in der Person einen früheren Gast. Sie stand mit ihrem Mann auf und verhandelte vom Fenster aus mit dem Kranken, der erzählte, er sei auf der Höhe der Straße von L. nach K. auf seinem Motorrad mit einem Auto zusammengestoßen, von dessen Insassen zwei Damen verletzt seien. Er müsse deshalb unbedingt ein Auto zu Hilfe bekommen.

Die Wirtin riet ihm, nebenan auf die Postagentur zu gehen, um zu telephonieren.

Den Wirtsleuten erschien der Kranke aufgeregt, entsprechend seinem Erlebnis, aber nicht eigentlich verwirrt oder verstört.

4. Das Postagentenehepaar gab auf Befragen an, daß in der Nacht vom 26. XI. ein Mann nach einem Auto telephonieren wollte, da ihm auf seinem Motorrad ein Zusammenstoß mit einem Auto passiert sei. Man rief sofort die nächste Autovermietung, die „Sonne“ in Sch., an, worauf der Kranke das Gespräch führte, den Unfall schilderte und um ein Auto bat.

5. Der Sonnenwirt in Sch., der sonst nach seiner Angabe derartigen Anrufen gegenüber sehr vorsichtig ist, nahm in jener Nacht selbst das Telephongespräch ab und zweifelte keinen Augenblick an der Glaubwürdigkeit. Er fuhr selbst sofort an die bezeichnete Stelle. Dort fand er weit und breit niemand und kehrte, nachdem er die ganze Strecke noch abgesucht hatte, unverrichteter Dinge nach Hause zurück.

Nicht zu ermitteln war, wo sich der Kranke in den vorhergehenden Abendstunden aufgehalten hatte. Er hatte sich insbesondere auch nicht eingefunden bei den Leuten, bei denen er kurze Zeit vorher das Pferd angesehen hatte.

Seit dem Telephongespräch, das ca. um 1 Uhr stattfand, wurde er nicht mehr in L. gesehen.

6. Am nächsten Tag fanden die Arbeiter des Kaliwerks B., die in der dort befindlichen Schlafstätte zu übernachten pflegen, nach ihrer eigenen Schilderung, beim Aufwachen L. in Kleidern fest schlafend dort liegen. Er gab an, sein Motorrad sei defekt und stünde in Gr., weshalb er nicht nach Hause gegangen sei.

Als sie ihn aufforderten, sich doch wenigstens auf eine Matratze richtig hinzulegen, wurde er gleich unwirsch, sie sollten ihn

in Ruhe lassen. Ohne ein Wort zu sagen, entfernte er sich kurz nachher aus der Stube. Auf den Anruf eines Kameraden reagierte er nicht.

Da L. einen roten Kopf und eigentümlich verzerrte Züge hatte, hielten sie ihn für betrunken und ließen ihn laufen.

7. Nach der Erzählung des Besitzers des Restaurant „Bad" in H., eines Arbeitskollegen des L. im Kaliwerk, kam L. am Morgen des 27. XI. gegen 9 Uhr früh zu Fuß zu ihm in die Wirtschaft, trank eine Flasche Bier mit ihm und lieh sich dann sein Fahrrad aus, weil sein eigenes Motorrad defekt sei und er im Geschäft B. in St. (woher das Motorrad stammte) eine neue Magnetspule holen müsse.

Als L. eben wegwollte, kam das Bierauto mit dem Bierlieferer H. von M., den L. von einer Zeugenschaft bei Gericht her kannte.

Auf die Aufforderung des H., mit ihm zu fahren (H. wollte nach M. zurück), erzählte L. wieder, daß er nach St. müsse, um ein Ersatzteil für sein Motorrad zu holen, trank dann mit dem Wirt und H. ein Glas Wein, lehnte die Einladung des letzteren zu einer Flasche Bier ab und fuhr bald nach der Abfahrt des Bierautos mit dem Rad weg. Der Wirt vom „Bad" bemerkte nichts Auffälliges an L., ebenso nicht der Bierführer H., außer einer gewissen Aufgeregtheit, die L. aber auch sonst an den Tag legte.

8. Frau T. in G., die gleichfalls von uns aufgesucht wurde, erzählte uns, daß am 27. XI. nachmittags ein ihr unbekannter Mann in die damals von ihr geführte Bahnhofwirtschaft in G. kam, ein Glas Bier bestellte und fragte, ob er sein Fahrrad einstellen dürfe.

Auf ihre Zusage brachte er dieses selbst im Schuppen unter, nahm dann kaum einen Schluck von dem Bier und erzählte, daß er Chauffeur bei einem Kolonialwarengeschäft in Karlsruhe sei und auf der Fahrt von dorther vor Z. mit seinem Kraftwagen einen Achsenbruch erlitten habe. In Z. habe er sich deshalb ein Rad geliehen, um den nächsten Schnellzug nach Karlsruhe noch zu bekommen und einen neuen Lastwagen zu holen.

Die Frau wunderte sich im Stillen und antwortete, da wäre er doch besser mit der Straßenbahn von Z. nach Freiburg auf den Schnellzug gegangen.

Der Mann ging dann eilends fort und bestieg ½ Stunde später nach Beobachtung der Wirtin den Zug, der um 5½ Uhr abends nach F. fährt. Aufgefallen war der Frau T. der rote Kopf und das aufgeregte Wesen des Mannes, der ihr im übrigen durchaus keinen betrunkenen Eindruck machte.

Für die Vollkommenheit der Amnesie dieser Vorgänge bei L. spricht folgendes:

Durch einen eigentümlichen Zufall konnte das Rad später seinem Eigentümer, dem Wirt des Restaurant „Bad“ in H., zurückgestellt werden. Dieser kam nämlich eines Tages zu L., um sein Rad zurückzuverlangen, von dem L. nichts wußte.

Kurze Zeit danach erfuhr L. bei einer Unterhaltung in einer Wirtschaft seines Dorfs, als er dort von seinem Ausnahmezustand erzählte und dabei auch das Fahrrad erwähnte, das er während dieser Zeit benützt haben sollte, von einem Reisenden, daß dieser von einiger Zeit in der Bahnhofwirtschaft in G. von einem Rad gehört habe, das ein Fremder dort eingestellt und nicht wieder abgeholt habe.

L. erkundigte sich sofort telephonisch in G. nach der Fabrikmarke des dort befindlichen Rades, die mit der ihm vom Besitzer angegebenen übereinstimmte, fuhr hin, wurde von der Wirtin gleich wieder erkannt und konnte so dem Besitzer sein Eigentum wieder zustellen.

9. Weitere Ermittlungen bei den Verwandten in Karlsruhe ergaben, daß eines Morgens um 6 Uhr — es war der 28. XI. — L. in Arbeitskleidern vor ihrer Türe stand.

Zuerst dachten sie an Familienzwist, geschäftliches oder finanzielles Unglück; ihrem späteren Eindruck nach war L. das Opfer einer Hypnose oder eines Nervenzusammenbruchs geworden.

Auf ihre Frage, wie er denn so früh hierherkomme, ob er mit der Bahn gefahren oder gelaufen sei, antwortete er nur immer — nach ihren wörtlichen Angaben —: „Ich weiß es nicht“ und brach wiederholt in Weinen aus: „Meine Frau und mein Kind! Ich bin seit 2 Tagen von zuhause fort. Niemand weiß, wo ich bin. Gebt ihnen bitte sofort Nachricht; es soll jemand kommen und mich holen.“

Als er etwas ruhiger geworden war und die Verwandten fragten, ob jemand mit ihm zusammen war, erwiderte er: „Nein, ich glaube nicht. Ich bin am Mittwoch morgen von zuhause fort nach B. und M. und dann war ich auch in Freiburg und da habe ich vielleicht eine Fahrkarte nach Karlsruhe gelöst. Ich weiß von nichts mehr. Heute früh bin ich hier an einem Bahndamm aufgewacht.“

L. wurde zu Bett gebracht, fiel bald in Schlaf, wachte mittags in Schweiß gebadet auf, klagte über Kopf- und Kreuzschmerzen, über ein dumpfes Gefühl im Kopf und bekam wiederholt Weinkrämpfe.

Von den Verwandten wird L. weiter als sehr fleißig und strebsam geschildert. Ihrer Vermutung nach betätigte er sich auch politisch und redete öfters in Versammlungen.

Gegenüber dieser Schilderung der Karlsruher Verwandten gab L. selbst auf eingehendes Befragen jedesmal mit Bestimmtheit an, sich an gar nichts erinnern zu können, was zwischen M. und Karlsruhe mit ihm geschehen sei.

Dagegen glaubte Frau L. sich zu erinnern, daß ihr Mann nach seinem Dämmerzustand ihr gegenüber einmal geäußert habe, es sei ihm, als habe er in Freiburg irgendwo in einem hellerleuchteten Raum, wohl bei einem Friseur, gesessen.

L. selbst aber erklärte uns, er habe nur vermutet, in Freiburg und dort beim Friseur gewesen zu sein, da er in Karlsruhe frisch rasiert aufwachte.

Zusammenfassung: Was uns an dem Ablauf der Geschehnisse, über die berichtet wurde, vor allem in die Augen fällt, ist zunächst das ganz plötzliche Einsetzen einer schweren Störung aus vollem Wohlbefinden heraus, ohne irgendwelche Prodrome.

Diese Störung äußert sich in einer schweren Veränderung des Bewußtseins, in dem eine Reihe von Handlungen ausgeführt werden, für die — wie für den ganzen, über 30 Stunden währenden Dämmerzustand überhaupt — vollkommene oder fast vollkommene Amnesie besteht.

Deutlich schwankt der Grad der Bewußtseinstrübung, in der auch bestimmte frühere Gedankengänge und Motive aufgegriffen werden, so der Pferdehandel und die im Wachzustand schon ernstlich erwogene Reise zu den Karlsruher Verwandten der Frau. Nur anfangs fällt L. auf und wird für betrunken gehalten; später wird nichts Auffälliges an ihm bemerkt.

Die Schilderung seiner Ankunft am Morgen des 28. XI. in Karlsruhe durch die Verwandten weist darauf hin, daß L. anfänglich vielleicht doch eine schwache Erinnerungsspur gehabt hat, da er dort angab, er sei in Freiburg gewesen und habe da vielleicht eine Fahrkarte nach Karlsruhe gelöst. Dazu würde auch die Schilderung seiner Frau passen.

Die Amnesie ist also erst später zu einer ganz vollständigen geworden.

Die frühere Anschauung verlangte, daß der epileptische Ausnahmezustand von absoluter Amnesie gefolgt, der hysterische dagegen ganz oder teilweise aufzuhellen sei.

In neuerer Zeit ist man merklich von dieser Ansicht abgekommen. Bumke sagt, daß totale Amnesie nach Dämmerzustand eher verdächtig auf Hysterie sei, während sich im epileptischen (oder allgemein: organischen) Ausnahmezustand viel eher einzelne lückenhafte Erinnerungen nachweisen ließen.

Vor allem Schilder[1]) hat durch seine Versuche, denen diejenigen von Muralt und Ricklin vorangingen, die ältere Meinung widerlegt. Ihm gelang es, wie schon letzteren, durch tiefe Hypnose wesentliche Teile auch beim epileptischen Ausnahmezustand aufzuhellen. Kauders konnte einen pathologischen Rausch aufhellen, Righetti fand sogar Spontanaufhellung einer Amnesie nach Schädeltrauma und Schilder kommt durch seine eigenen Versuche zum Schluß, „daß auch im epileptischen (organischen) Ausnahmezustand Erlebtes dem Bewußtsein gegenwärtig, nicht vernichtet ist und nur nicht ohne weiteres zur Verfügung steht. Eine Gedächtnisspur bleibt erhalten."

Damit sind wir zu der praktisch wichtigsten Unterscheidung gelangt, ob wir es nämlich mit einem epileptischen oder hysterischen Ausnahmezustand zu tun haben.

Einigen Aufschluß ergibt hier die Katamnese:

II. Aufnahme in die psychiatrische Klinik Freiburg am 15. IX. 31.

L. wurde von der Polizei bei St. Georgen auf der Landstraße liegend aufgefunden. Diese brachte ihn in die psychiatrische Klinik, beobachtete, daß er auf dem Weg zur Klinik langsam zu sich kam.

L. selbst gibt bei der Aufnahme in der Klinik an, daß er vor etwa 24 Stunden noch in N. gewesen sei; seither wisse er nichts mehr, auch nicht, wie er in die Gegend von Freiburg gekommen sei.

Bei der Aufnahme in die Klinik ist Auffassung und Gedankenablauf verlangsamt; L. ist aber orientiert.

Die bei L. tags darauf, also am 16. IX., erhobene Anamnese ergibt: L. bekommt immer wieder Anfälle, meist Dämmerzustände, in letzter Zeit jede Woche, im ganzen ca. 50 seit der Entlassung aus der Klinik.

Er läuft -- nach Schilderung der Beobachter — fort, ohne daß er selbst von einem veränderten Zustand weiß.

Zuerst bemerkt man nichts Auffälliges. Nach und nach aber bekommt er etwas Starreartiges an sich, läuft immer geradeaus. Einmal fällt er dabei um, ein andermal kann er weiterlaufen. Kommt

[1]) Schilder: Allg. Z. f. Psych. 1925.

er zu sich, so spürt er Schmerzen in den Waden und im Kopf, ist schwindlig und zitterig.

Seit dem gestrigen Anfall merkt er, daß er beim Sprechen „mit der Zunge anstößt".

Vom gestrigen Anfall weiß er noch ungefähr, daß er mit seinem Wagen (sein Motorrad verkaufte er auf Wunsch seiner Frau wegen der Anfälle) von zu Hause fortgefahren ist; von da ab fehlt ihm jegliche Erinnerung.

Er kam zu sich, als ihn auf dem Platz „Unterlinden" in Freiburg auf dem Weg zur Klinik der Polizist, der ihn bei St. Georgen aufgefunden hatte, und ein Passant aufhoben. Von da ab war er klar.

Im übrigen gab er wie bei unserem Besuch im August ds. Js. an, daß er seit den Anfällen leicht erregt, zornig, „zapplig" und vergeßlich sei, alles aufschreiben müsse, während er alles in der Erinnerung weiter Zurückliegende noch gut wisse. Alkohol: 1—2 l Haustrunk täglich; wenn auswärts 2—3 Glas Bier. Nikotin: Starker Raucher (Zigaretten, Pfeife). Keine Potenzstörung.

Psychisch: Zeitlich und örtlich orientiert, klar. Stimmung der Lage angepaßt. Auffassung und Gedankenablauf nicht verlangsamt. Intelligenz nicht beeinträchtigt.

Er gibt Nachlassen der Rechenfähigkeit an, rechnet aber ebenso gut wie bei der am 10. III. 31 bei dem ersten Aufenthalt in der Klinik vorgenommenen Prüfung, kann die Aufgaben wiederholen.

Sinnestäuschungen hat er, wie er angibt, nicht, doch soll er manchmal nach Aussage der Leute wirr durcheinander reden (selten). Er selbst weiß davon nichts. (L. soll sich immer sehr fürchten, in die Klinik verbracht zu werden.)

Körperlich: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand, altersentsprechend aussehend; gesunde, gebräunte Haut.

Intern o. B.

Neurologisch: Klopfempfindlichkeit der linken Stirn. Pupillen fast rund, rechts = links, reagieren auf Licht und Convergenz, rechts etwas weniger als links. Beim Zähnefletschen Verziehen des Mundes nach links, Zittern im linken Platysma. Uvula steht nach links.

Beine: Patellarsehnenreflex links weniger als rechts, lebhaft. Achillessehnenreflex links weniger als rechts. Oppenheim links ±, Gordon links ±. Links erschöpflicher Fußklonus.

Pat. wird am 16. IX. nach abgeschlossener Beobachtung, in seinem Benehmen klar und geordnet, nach Hause entlassen.

III. Aufnahme in die Klinik am 7. XII. 31.

Pat. kommt zur Lumbalpunktion.

Zwischenanamnese: L. hat ca. alle 2 Wochen einen Dämmerzustand, in dem er plötzlich wegläuft, oft Stunden weit. Seine Frau beobachtete einmal, daß er, ohne in seinem Benehmen vorher irgendwie aufgefallen zu sein, das Lokal verließ, als sie miteinander ausgegangen waren.

Nach Beobachtung der Leute reagiere er unterwegs dann nicht auf Anruf, sodaß man auf ihn aufmerksam werde.

Wenn man ihn festhalte, versuche er, weiterzulaufen, mache dauernd Gehbewegungen mit Armen und Beinen. Wenn er zu sich komme, sei er sofort wieder vollständig orientiert, habe keinerlei Erinnerung an die Zwischenzeit. Er leide danach noch längere Zeit unter Kopfweh und Abgeschlagenheit. Krämpfe (die ja anfangs neben den Dämmerzuständen bestanden und in denen er oft mit Zuckungen 10—30 Minuten bewußtlos dalag) habe er nicht mehr gehabt.

Befund: Nahezu unverändert gegen Januar 1931. Diesmal ist nur der Achillessehnenreflex rechts deutlich schwächer als links, die Patellarsehnenreflexe dagegen beiderseits gleich. Keine Pyramidensymptome, keine Kloni.

Beim Zähnefletschen eigentümliche Mitbewegungen des Platysma, sodaß die obere Brusthaut klonisch nach oben zuckt.

Die Sprache erscheint häufig etwas verschmiert, leicht stolpernd. Psychisch wie immer intakt. Gute Intelligenz, gutes Rechnen, gute Merkfähigkeit.

Lumbalpunktion: Liquorbefund der Hautklinik vom 10. XII. 31:

Farbe klar. Nonne (+). Schellack (+). Zellen 10/3.

Wassermannsche Reaktion: 0,5 —
0,25 —
0,125 — } Urteil: —

Goldsol und Normomastix: Geringer Restbefund.

Pat. wird am 10. XII. entlassen und zur Weiterbehandlung seinem Hausarzt überwiesen. Diesem wird empfohlen, eine neue Salvarsankur und energische Quecksilberschmierkur bei L. durchzuführen und weiterhin Luminal zu verabreichen, das Pat. täglich schon in der Klinik zu 0,1 bekam.

Auch wird nach Verlauf von 1—2 Monaten eine Nachuntersuchung in der Klinik vorgeschlagen.

Wenn wir unseren Fall daraufhin untersuchen, ob mit der Krankheit ein bestimmter Zweck verfolgt wird, kommen wir zu der Feststellung, daß L. weder mit dem Gesetz in Konflikt geraten ist, noch im Beruf, in der Familie oder sonst irgendwie Differenzen hatte. Auch ein Krankheitsgewinn in Form eines materiellen Vorteils, etwa einer Rente, wird nicht erstrebt; auch nach seiner Entlassung aus dem Bergwerk hat L. keinen Versuch in dieser Richtung unternommen.

Bei der klinischen Vorstellung wie auch sonst in der Beobachtung der Klinik und zu Hause gibt er sich einfach und natürlich ohne eine Spur von Theatralik, erzählt geordnet und schlicht.

In der Art, wie sich L. zu seinem Dämmerzustand verhält, ist bemerkenswert, daß er für diesen als etwas ihm Unfaßbares großes Interesse hat, ohne aber damit interessant zu tun.

Klinische Zeichen einer Hysterie sind nicht vorhanden.

Dagegen bringt der weitere Verlauf sichere organische Symptome in Form der epileptischen Anfälle, die nach L.'s Schilderung sich manchmal schon am Morgen des Anfalltages durch Kopfschmerzen, Schwindel, Klopfen in den Schläfen, Sodbrennen, Aufstoßen, Magenschmerzen anzeigen und ihn dann plötzlich irgendwo überfallen, im Bett, auf dem Feld, beim Dreschen, unterwegs auf dem Rad, sodaß er sich dabei ab und zu verletzt, auch schon eingenäßt hat.

Während sich bei der ersten Klinikuntersuchung neurologisch nur eine geringe Entrundung der Pupillen und rechts eine etwas verlangsamte Lichtreaktion findet, serologisch eine Lueszacke in den Colloidkurven, stellen wir bei der zweiten Klinikaufnahme rechts eine etwas trägere Lichtreaktion als links, weiterhin eine Störung im Facialisgebiet, nämlich Verziehen des Mundwinkels nach links beim Zähnefletschen und Zittern im linken Platysma fest.

Wir finden außerdem ein Abweichen der Uvula nach links, den Patellar- und deutlicher noch den Achillessehnenreflex links schwächer als rechts.

Bei der dritten Aufnahme am 7. XII. 31 ist der Achillessehnenreflex rechts deutlich schwächer als links, der Patellarsehnenreflex beiderseits gleich, die Sprache leicht stolpernd.

Dürfen wir nun die eben beschriebenen Symptome als beweisend dafür ansehen, daß der initiale Dämmerzustand organisch bedingt war, so bleibt uns jetzt zu erforschen, welcher organischen Grundlage er entsprang.

Die Anamnese schließt eine traumatische Ursache aus.

Schwieriger ist die Entscheidung, welche Rolle dem Alkohol zuzuteilen ist.

Haben wir einen pathologischen Rausch, einen hier durch eine geringe Alkoholmenge ausgelösten Rauschdämmerzustand vor uns, zu dem die beginnende Lues cerebrospinalis noch besonders disponierte? Dazu ist zu sagen, daß seinen Aeußerungen nach unser Dämmerzustand sehr große Aehnlichkeit aufweist mit einem derartigen Rauschdämmerzustand, charakterisiert durch schwer getrübte Erinnerung und oft unverständliche Handlungen.

Aus der weiteren Beobachtung freilich geht hervor, daß L. auch unbeeinflußt von Alkoholzufuhr von Dämmerzuständen überrascht wird, sodaß die Annahme, der Alkohol habe als Auslösefaktor gerade des initialen Dämmerzustands eine entscheidende Rolle gespielt, unhaltbar ist.

Die Erscheinungen des Krankheitsbilds sind zum Teil typisch epileptisch. Eine genuine Epilepsie kommt aber natürlich bei Berücksichtigung der organisch-neurologischen und serologischen Erscheinungen nicht in Frage.

Verschiedene Symptome in unserem Krankheitsbild, vor allem die lange Dauer zwischen luetischer Infektion und Ausbruch der Metalues, scheinen mehr für progressive Paralyse zu sprechen, obwohl wir einerseits bei bestimmten Formen der cerebralen Lues auch eine lange Inkubation und andererseits auch Fälle von progressiver Paralyse mit verhältnismäßig kurzer Inkubationsdauer kennen.

Für progressive Paralyse ließen sich auch die gehäuften Anfälle und der im Anschluß an den initialen Dämmerzustand auftretende apoplektiforme Anfall mit den flüchtigen Herderscheinungen, endlich die bei der zweiten Klinikaufnahme am 15. IX. 31 beobachtete, mit einseitiger mimischer Schwäche einhergehende Facialisbeteiligung und die bei der dritten Klinikaufnahme am 7. XII. 31 leicht angedeutete, artikulatorische Sprachstörung anführen.

Eine Facialisbeteiligung in Form einer Facialisparese wurde schon im apoplektiformen Anfall nach dem initalen Dämmerzustand vom Hausarzt konstatiert.

Die in unserem Fall allerdings erst vom 7. XII. 31 ab angedeutete artikulatorische Sprachstörung ist — nach Boström — in 94% der unbehandelten Paralysen vorhanden, kommt aber

auch bei der cerebrospinalen Lues vor, wo allerdings gewöhnlich die Aphasie vorherrscht.

Eine solche — wieder müssen wir uns auf die Angaben des Patienten berufen — finden wir in unserem Fall unter den Herdsymptomen des schon genannten apoplektischen Anfalls, der freilich kein sicheres Kriterium für die progressive Paralyse ist, da er, besonders einmalig, auch ein Charakteristikum der Lues cerebri bildet.

Herdsymptome wie der zuerst links abgeschwächte P.S.R. und A.S.R., der linksseitige positive Oppenheim und Gordon (15. IX. 31), der später abgeschwächte rechte A.S.R. (7. XII. 31) sind bei der cerebrospinalen Lues häufig, und auch die am 15. IX. 31 festgestellte rechts leicht abgeschwächte Licht- und Convergenzreaktion weist auf eine einseitige leichte Oculomotoriuslähmung, eine Ophthalmoplegia interna, ein Charakteristikum vor allem der basalen Lues cerebri hin. Diese Symptome lassen sich aber nicht absolut für die Hirnlues verwerten, da sie ebenso gut bei der Paralyse vorkommen.

Bei der progressiven Paralyse begegnen wir häufiger einer reflektorischen Pupillenstarre, ebenso oft aber Differenzen.

Sehr ins Gewicht bei der Entscheidung der Frage, ob cerebrale Lues oder Paralyse, fällt die Art des Krankheitsbeginns: bei der Hirnlues meist akut einsetzend, mit schweren körperlichen Symptomen, Kopfschmerz, Müdigkeit, Krankheitsgefühl — Zeichen, die wir anfänglich in unserem Fall vermissen —, bei der Paralyse eine schleichend sich entwickelnde psychische Störung, an der von vornherein ein Verfall der Verstandeskräfte beteiligt ist, im weiteren Verlauf gefolgt von einem vegetativen Zerfall.

Demgegenüber haben wir bei unserem Kranken L. die dauernde psychische Intaktheit wie sie bei der Hirnlues durchaus nichts Seltenes ist. Ihr müssen wir bei der Diagnosenstellung entscheidende Bedeutung zumessen.

Im Gegensatz zu dem gegenüber seinen Störungen meist gleichgültigen Paralytiker ist L. gereizt, deprimiert, weinerlich, zeigt also das Verhalten, das der hirnsyphilitische Kranke im ersten Stadium meist an den Tag legt.

Ein sehr wichtiges Kriterium haben wir in den serologischen Befunden.

Während in unbehandelten Fällen von P.P. die Wassermannsche Reaktion im Liquor schon in niederen Konzentrationen, meist ab 0,2, positiv ausfällt, ist dies bei der Hirnlues erst in höherer Konzentration der Fall.

In unserem Fall fehlt die Wassermannsche Reaktion, was demnach mehr gegen Paralyse als gegen Lues cerebrospinalis spricht.

Finden wir die Wassermannsche Reaktion im Blut negativ, so spricht das ebenfalls mehr gegen Paralyse als gegen eine cerebrale Lues.

Die für die cerebrospinale Lues charakteristische Zellvermehrung, die freilich auch einmal, insbesondere bei den basalen Formen, fehlen kann, vermissen wir.

Dagegen zeigen die Colloidkurven eine Lueszacke.

Zusammenfassend wäre also zu sagen, daß gegen die zu Anfang gestellte Diagnose progressive Paralyse der weitere Verlauf der Krankengeschichte doch für eine Lues cerebrospinalis entschieden hat.

Es wäre also höchstens die weitere Frage aufzuwerfen, ob vielleicht zwei Krankheiten vorliegen, nämlich eine Lues cerebrospinalis und eine genuine Epilepsie, die dadurch ausgelöst wäre.

Diese Annahme ist aber wenig wahrscheinlich und wohl abzulehnen.

Was die Frage der Behandlung anbetrifft, so ist zu sagen, daß die syphilitische Behandlung, die L. 1919 durchmachte, nach heutigen Begriffen, wo gewöhnlich mindestens 2—3 kombinierte Kuren, meist Salvarsan mit Wismut (weniger mehr mit Quecksilber) unter steter Kontrolle von Blut und Liquor durchgeführt und nach Bedarf — und eventuell mit provokatorischer Salvarsaninjektion — in größeren Zeitabschnitten wiederholt werden, uns unzureichend erscheint.

Freilich gewährt bekanntlich auch diese gründliche Behandlung keinen absoluten Schutz vor einer Späterkrankung des Zentralnervensystems.

Die Serumreaktion war bei L. allerdings nach der einmaligen Salvarsankur, die er durchmachte, negativ, ebenso später bei wiederholter Nachprüfung, doch müssen wir diese als nicht ganz vollständig ansprechen, da die Liquorverhältnisse nicht in Betracht gezogen wurden und wir, wenn auch seltene Fälle kennen, wo trotz negativer Wassermannscher Reaktion im Blut meningeale Recidive vorhanden sind. Bei der ersten Klinikaufnahme des Kranken, bei der die Diagnose einer progressiven Paralyse gestellt worden war, wurde am 27. I. 31 die Malariakur eingeleitet, nachdem er seit Eintritt in die Klinik innerlich mit Jodkali behandelt worden war.

Nach Abschluß der Fieberbehandlung wurde noch in der Klinik eine Salvarsankur begonnen, die der Hausarzt zu Ende führte.

Bis Ende Mai 31, also 2 Monate, war L. völlig beschwerdefrei, dann wiederholten sich die Anfälle. — L. bekam Brom.

Während des dritten, dreitägigen Klinikaufenthalts bekam L. Luminal zu 0,1, das dem Hausarzt zur weiteren, monatelangen Verabreichung empfohlen wurde neben einer neuen Salvarsan- und Quecksilberschmierkur. Es wurde also in der heute bei der Behandlung der luetischen Erkrankungen des Z.N.S. wohl allgemein üblichen Weise verfahren, die in der kombinierten Anwendung spezifischer und unspezifischer Heilmethoden, und zwar zuerst der Infektionstherapie, dann zur Nachbehandlung der spezifischen Methoden besteht, wobei meist Jod zusammen mit Quecksilber und Salvarsan verabfolgt wird.

Der Wert dieser Methoden ist bei dem äußerst wechselnden, vielgestaltigen klinischen Krankheitsbild schwierig zu beurteilen.

Daß der Erfolg dieser kombinierten Therapie desto besser ist, je früher sie einsetzt, steht fest, ebenso, daß er regellos sich in einer Besserung oder im Verschwinden der verschiedensten Krankheitssymptome offenbaren kann.

In unserem Fall geben uns die Colloidreaktionen, die nach der Behandlung nur noch einen geringen Restbefund aufweisen, — die pathologischen Flockungen können sich unter Umständen auch bei der kombinierten Therapie sehr lange halten — einen Hinweis auf einen Erfolg der Behandlung.

Es ist dies freilich ein sehr geringer und wenig befriedigender Erfolg der Therapie, welche, abgesehen davon, daß die das Bild beherrschenden Dämmerzustände unmittelbar während und kurze Zeit nach der Malaria-Salvarsankur 2 Monate lang sistierten, die Krankheit unbeeinflußt gelassen hat.

Obwohl die Hirnlues in der Regel auf die Therapie, vor allem auf die spezifische, im Gegensatz zur progressiven Paralyse, auffallend gut anspricht, kennen wir doch Formen, insbesondere bei vorwiegender Erkrankung der Gefäße, wo die Therapie wirkungslos bleibt.

Es sei hier kurz ein von Gurewitsch[1]) beschriebener und als „epileptiforme Lues“ beschriebener Fall mitgeteilt, bei dem es sich um Veränderungen handelt, die auf dem Boden einer congenitalen Lues entstanden sind.

[1]) Gurewitsch: Zentralbl. f. Neurol. 116 (1928).

E., 13½ Jahre alt, Vater an P.P. †.

Mit 7 Jahren Krämpfe mit Bewußtseinsverlust, die entweder in Schlaf oder in tiefen Dämmerzustand übergingen. Patientin strebte irgendwohin, berührte mit den Händen verschiedene Gegenstände, konnte in der Folge sich nicht entsinnen, was mit ihr geschehen. Später verließ sie in den Dämmerzuständen häufig das Heim, hatte viel Krampfanfälle, starb schließlich im Status.

Gurewitsch fand in diesem Fall, der in den klinischen Aeußerungen einige Aehnlichkeit mit dem von uns mitgeteilten hat, autoptisch hauptsächlich ein Befallensein der kleinen Gefäße.

Abschließend möchten wir also unseren Fall als „epileptiforme Hirnlues" bezeichnen.

Der Grund, der ihn uns der Veröffentlichung für wert halten ließ, liegt aber nicht in der Schwierigkeit der Differentialdiagnose, sondern in dem ungewöhnlichen Beginn mit einem Dämmerzustand, dessen einzelne Phasen der besonderen Umstände wegen trotz vollkommener oder fast vollkommener Amnesie nachträglich gut aufgeklärt werden konnten.

Lebenslauf.

Geboren am 16. IV. 1907 zu Backnang in Württemberg als Tochter des jetzigen Amtsgerichtsdirektors Dr. Ferdinand Zimmerle in Stuttgart besuchte ich dort das Königin Charlottegymnasium, wo ich im Frühjahr 1926 an der humanistischen Abteilung die Reifeprüfung ablegte.

Nach 4 vorklinischen Semestern in Tübingen bestand ich dort im Frühjahr 1928 die ärztliche Vorprüfung.

Die klinischen Semester studierte ich in München, Wien und Freiburg i. Br. Das medizinische Staatsexamen legte ich im Sommersemester 1931 in Freiburg i. Br. ab.

Die erste Hälfte des praktischen Jahres war ich am pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt, die zweite Hälfte an der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Schramberg beschäftigt.

Die ärztliche Approbation erhielt ich am 1. September 1932.

Den Herren, Geheimrat Professor Dr. Hoche und Oberarzt Professor Dr. Küppers, spreche ich auch an dieser Stelle für die Förderung meiner Arbeit verbindlichsten Dank aus.